

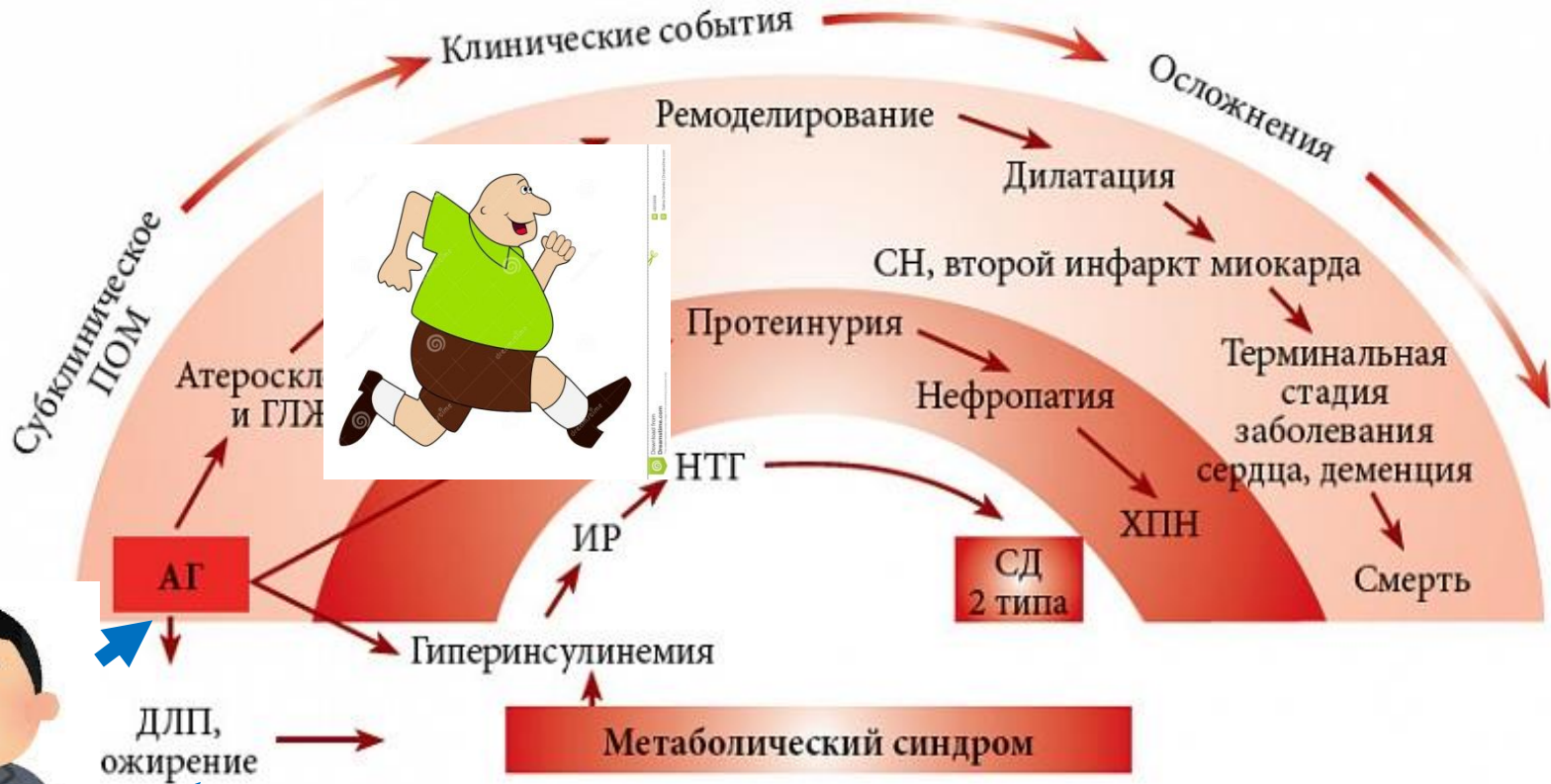


# Действуя на основу ССЗ

К.м.н. КГБ УЗ « Алтайский краевой кардиологический диспанс  
10.10.2019, г. Кемерово



# КОНТИНУУМ



артериальная гипертония, ГЛЖ – гипертрофия левого желудочка, ДЛП – дислипидемия, инсулинорезистентность, МАУ – микроальбуминурия, НТГ – нарушенная толерантность к глюкозе, поражение органов-мишеней, СД – сахарный диабет, СН – сердечная недостаточность, хроническая почечная недостаточность.



# Повышение активности симпатической нервной системы и РАА системы при ССЗ

“Различные патофизиологические механизмы вносят вклад в генез повышения АД и сопутствующее поражение органов-мишеней, включая ИБС.

Эти механизмы включают **повышенную активность симпатической нервной системы и РАА системы...**”<sup>1</sup>

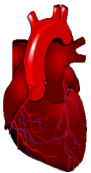


# Симпатическая гиперактивация играет ключевую роль в патофизиологии сердечно-сосудистых заболеваний<sup>1</sup>

↑ Активность симпатической нервной системы

Высвобождение нейронами норадреналина<sup>1</sup>

Стимуляция бета<sub>1</sub>-рецептора<sup>1</sup>



↑ Частота сердечных сокращений<sup>1</sup>  
↓ Вариабельность сердечного ритма<sup>1</sup>  
↑ Сократимость миокарда<sup>1</sup>

**Механическое/  
сосудистое  
повреждение**

- Воздействие ударного стресса на сосудистую систему<sup>1</sup>
- Усиление атеросклероза<sup>1</sup>
- Разрыв бляшки<sup>1</sup>
- Риск ишемии миокарда<sup>1</sup>

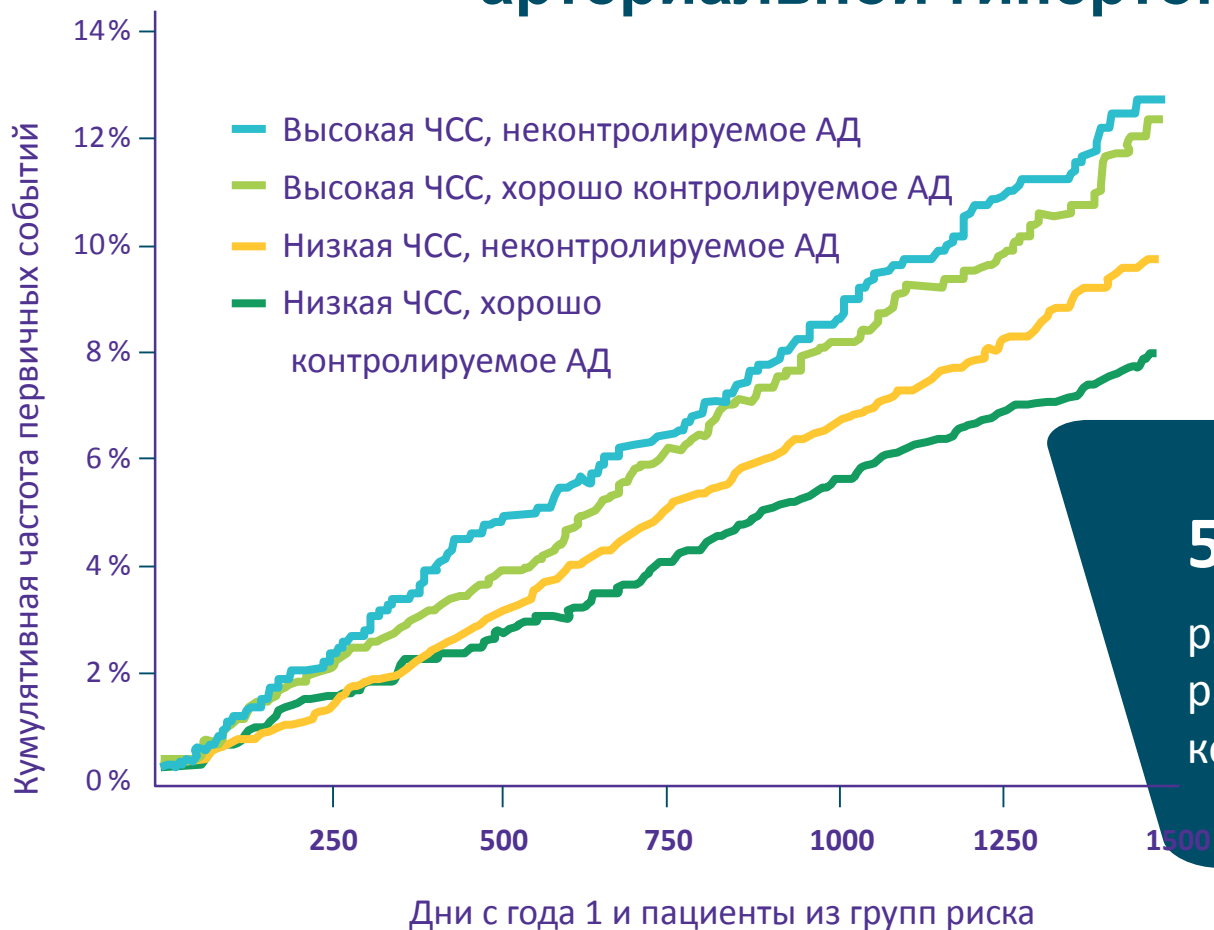
Стимуляция бета<sub>1</sub>-рецептора<sup>1</sup>



↑ Секреция ренина<sup>1</sup>  
↑ Ангиотензин<sup>1</sup>  
↑ Артериальное давление<sup>1</sup>  
↑ Гипертрофия левого желудочка<sup>1</sup>  
↑ Сердечная недостаточность<sup>1</sup>

1. Egan BM, Basile J, Chilton RJ et al. Cardioprotection: the role of  $\beta$ -blocker therapy. J Clin Hypertens. 2005;7(7):409–16.

# Повышенная частота сердечных сокращений является долгосрочным прогностическим фактором сердечно-сосудистых событий у пациентов с артериальной гипертензией



**53%**

различий в  
распространенности  
конечных точек<sup>1</sup>

График адаптирован из 1

1. Julius S, Palatini P, Kjeldsen SE et al. Usefulness of heart rate to predict future cardiac events in treated patients with high-risk systemic hypertension. Am J Cardiol. 2012;109:685–92.

# Симпатическая гиперактивность является ключевым фактором повышенной частоты сердечных сокращений и ведет к повышенному риску смерти от сердечно-сосудистых причин<sup>1</sup>

Долгосрочное проспективное исследование сердечно-сосудистых заболеваний (наблюдение продолжительностью 36 лет [осмотр раз в два года])

n=5209 (Фрамингемское исследование сердечно-сосудистых заболеваний)<sup>1</sup>



График адаптирован из 1

1. Gillman MW, Kannel WB, Belanger A et al. Influence of heart rate on mortality among persons with hypertension: The Framingham Study. *Am Heart J.* 1993;125(4):1148-54.

# Стресс активирует симпатическую нервную систему<sup>1</sup>



График адаптирован из 1

1. Poitras VJ, Pyke KE. The impact of acute stress on vascular endothelial function: Evidence, mechanisms and importance. Int J Psychophysiol. 2013;88(2):124–35.



# Ожирение активирует симпатическую нервную систему<sup>1</sup>



График в соответствии со ссылкой 1

1. Cruickshank JM. The Modern Role of Beta-blockers in Cardiovascular Medicine. Shelton, CT: People's Medical Publishing House-USA;2013

# Курение может стимулировать симпатическую нервную систему<sup>1</sup>



График в соответствии со ссылкой 1

1. Klein LW, Pichard AD, Holt J et al. Effects of chronic tobacco smoking on the coronary circulation. *J Am Coll Cardiol.* 1983;1(2 Pt 2):421–26.

# ГЛОБАЛЬНЫЕ ЦЕЛИ ВОЗ К 2025 Г

**Цель: 25% снижение  
преждевременной смертности от  
ССЗ**

↓ злоупотребления  
алкоголем на **10%**

↓ гиподинамии  
на **10%**

↓ потребления  
соли на **30%**

↓ курения  
табака на  
**30%**

↓ АГ на  
**25%**

Остановить рост СД и  
ожирения **0%**

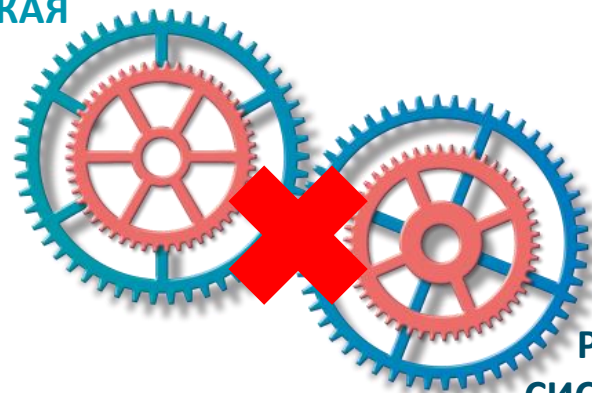
**50%** людей по показаниям  
получают профилактику ИМ и  
инсульта

**80%** доступность  
необходимых  
препаратов и базовых  
технологий для лечения  
ССЗ

**2025**

# ВЫБОР ТЕРАПИИ? β-БЛОКАТОР И ИНГИБИТОР АПФ, ДЕЙСТВУЮТ НА ОСНОВУ ЗАБОЛЕВАНИЯ

СИМПАТИЧЕСКАЯ  
СИСТЕМА



РАА  
СИСТЕМА

**Быть или не быть - вот в чем вопрос.  
("To be, or not to be: that is the question")**

**(Трагедия «Гамлет», акт III, сценаI, Гамлет)**

**Бета-блокаторы**



# Бета-адреноблокаторы могут оказывать действие на многие аспекты сердечно-сосудистой системы<sup>1</sup>



График адаптирован из 1

1. Willenheimer R, Erdmann E. Chairmen's foreword: beta-blockade across the cardiovascular continuum – when and where to use? *Eur Heart J Suppl.* 2009;11(Suppl A):A1–2.

# Показания к применению некоторых $\beta$ -блокаторов

	Артериальная гипертония	Стенокардия (ИБС)	Вторичная профилактика после ИМ	Нарушения ритма сердца	ХСН
Метопролол длительного действия					
Метопролол короткого действия					
<b>Бисопролол</b>					
Небиволол					
Бетаксолон					
Карведилол					

Инструкции по медицинскому применению препаратов карведилол, небиволол, бисопролол, метопролола тартрату, метопрололу сукцинату

# Почему селективность в отношении бета<sub>1</sub>-адренорецепторов важна при лечении артериальной гипертонии, связанной с симпатической гиперактивацией<sup>1,2</sup>

## Преобладающее распределение бета-адренорецепторов и эффекты их стимуляции<sup>1</sup>

	Бета <sub>1</sub> -рецепторы	Бета <sub>2</sub> -рецепторы
Миокард	/	
Гладкая мускулатура бронхов		
Гладкая мускулатура сосудов		
Почки		

**Высокоселективные бета1-блокаторы подавляют симпатическую активность в сердце и почках, поддерживают опосредованную бета2-адренорецепторами вазодилатацию и снижают риск побочных эффектов, связанных с блокадой бета<sub>2</sub>-рецепторов в легких и периферических тканях<sup>2</sup>**

1. Cruickshank JM. The Modern Role of Beta-blockers in Cardiovascular Medicine. Shelton, CT: People's Medical Publishing House-USA;2011

2. Egan BM, Basile J, Chilton RJ et al. Cardioprotection: the role of beta-blocker therapy. J Clin Hypertens. 2005;7(7):409–16.



# Селективность в отношении бета<sub>1</sub>-адренорецепторов у разных бета-адреноблокаторов: бисопролол - высокоселективный блокатор бета<sub>1</sub>-рецепторов<sup>1-5</sup>

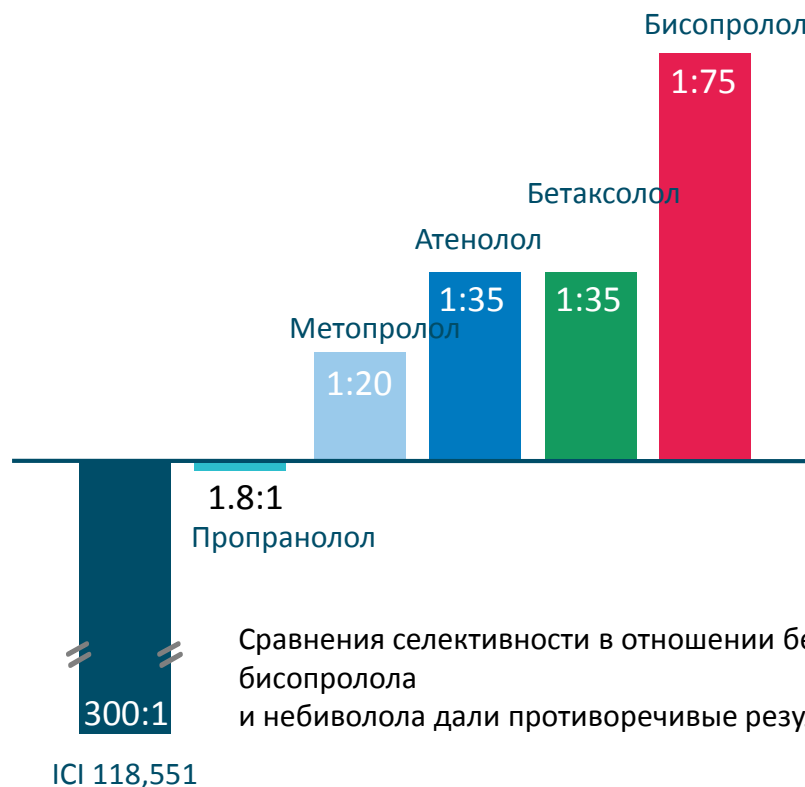
5

Отношение констант ингибирования ( $C_{i/\beta_1}$  к  $C_{i/\beta_2}$ )

Возрастание селективности в отношении бета<sub>1</sub>-рецепторов

Селективность отсутствует

Возрастание селективности в отношении бета<sub>2</sub>-рецепторов



Сравнения селективности в отношении бета<sub>1</sub>-рецепторов бисопролола и небиволола дали противоречивые результаты.<sup>4,5</sup>

График адаптирован из 1

1. Cruickshank JM. The Modern Role of Beta-blockers in Cardiovascular Medicine. Shelton, CT: People's Medical Publishing House-USA;2011, Fig. 1-5
2. Wellstein A, Palm D, Belz G. Affinity and selectivity of the  $\beta$ -adrenoceptor antagonists in vitro. J Cardiovasc Pharmacol. 1986; 8 Suppl 2: 11): 36–40.
3. Wellstein A, Palm D, Betz GG et al. Reduction of exercise tachycardia in man after propranolol and bisoprolol in comparison to beta-adrenoceptor occupancy. Eur Heart J. 1987; 8 Suppl 2: M 3–8.
4. Maack C, Tyroller S, Schnabel P et al. Characterization of beta1-selectivity, adrenoceptor-Gs-protein interaction and inverse agonism of nebivolol in human myocardium. Br J Pharmacol. 2001;132:1817–26.
5. Brixius K, Bundkirchen A, Bölc B et al. Nebivolol, bucindolol, metoprolol and carvedilol are devoid of intrinsic sympathomimetic activity in human myocardium. Br J Pharmacol. 2001;133:1330–8.

# Бисопролол: сбалансированный двойной путь выведения

повышает степень безопасности его применения:  
не требует коррекции дозы у пациентов с легкими и умеренными нарушениями функции печени и почек, у пожилых пациентов.



**Не требуется коррекции дозы:**

- у пациентов с легкими и умеренными нарушениями функции печени и почек
- у пожилых пациентов

# Преимущества Бисопролола

- Более высокая селективность и сбалансированный клиренс – безопасность у всех групп пациентов при длительном лечении
- 24- часовое действие
- Антигипертензивная эффективность, особенно у пожилых и курильщиков
- Положительное влияние на вариабельность АД
- Улучшение сексуальной функции у мужчин с АГ

# Ингибиторы АПФ обладают кардиопротективным эффектом, в особенности периндоприл

КАРДИОПРОТЕКЦИЯ

## Пациенты с гипертензией<sup>1</sup>

n=158 998. Мета-анализ 20 исследований кардиоваскулярных заболеваний и смертности с участием преимущественно пациентов с АГ.  
Средняя продолжительность наблюдения: 4.3 лет.



↓ **13%**

смертность по всем причинам на периндоприле  
( $P < 0.001$ )

## Пациенты с высоким риском<sup>2</sup>

n=108 212. Мета-анализ 26 рандомизированных исследований. Средняя продолжительность наблюдения: 3.68 лет.



↓ **28%**

инфарктов миокарда на периндоприле  
( $P < 0.001$ )

## Пациенты с ОКС в анамнезе<sup>3</sup>

Пациенты на ингибиторе АПФ (n=4425), БРА (n=2158), или не получающих ни то, ни другое (n=2442). OACIS. Продолжительность наблюдения-5 лет.



↓ **30%**

смертности в течение 5-летнего наблюдения на ингибиторе АПФ  
( $P < 0.001$ )

ОКС, острый коронарный синдром - OACIS, осакское исследование по острой коронарной недостаточности

1. van Vark LC et al. *Eur Heart J.* 2012;33:2088-2097. 2. Savarese G et al. *J Am Coll Cardiol.* 2013;61(2):131-142. 3. Hara M et al. *Am J Cardiol.* 2014;114:1-8.

# ПРЕСТИЛОЛ®

*первая и единственная  
фиксированная комбинация  
 $\beta$ -блокатора и иАПФ*



*Бисопролол | Периндоприл*



# Клинический пример

Анна, 37 лет  
домохозяйка

**НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ:** мать – СД 2 типа.

**ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ:** ранее курила около 10 лет по 1,5 пачки сигарет в день, последние полгода не курит. Алкоголь не употребляет.

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ:**

Со слов пациентки, последние полгода «чувствует себя плохо». Был эпизод болей в области сердца, обращалась в поликлинику по месту жительства, проводилось ЭКГ – без патологии. В течение этого времени ощущает слабость, утомляемость, масса тела увеличилась примерно на 7 кг (бросила курить), жажда не усиливалась.

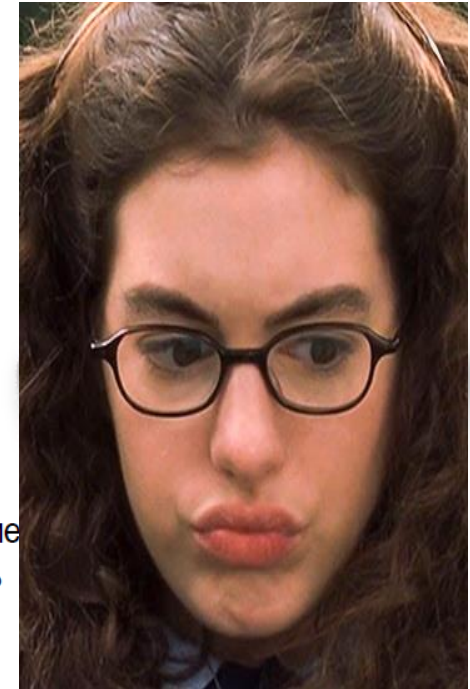
Настоящее ухудшение – сегодня в метро почувствовала нехватку воздуха, потемнение в глазах. Сознания не теряла. Вышла из метро, выпила воды – стало легче. Через пять минут эпизод повторился.

Глюкоза крови 5,3 ммоль/л, АД 150/85 мм рт. ст

**ОБСЛЕДОВАНИЕ:** ИМТ 33

Тоны сердца ясные, ритмичные. Шумы не выслушиваются. ЧСС 80 в мин. АД 150/90 мм рт. ст. на левой руке, 145/85 на правой руке.

**ЭКГ:** ЧСС 86 в мин. Ритм синусовый. Нормальное положение ЭОС



## Специфические факторы риска у больных АГ (ESH/ESC, 2018)

Пол (мужчины > женщины)

Возраст

Курение в настоящий момент и в анамнезе



Общий холестерин и холестерин ЛПНП

Уровень мочевой кислоты\*

СД

Ожирение либо избыточный вес



Раннее развитие СС заболеваний (мужчины  $\leq 55$  лет, женщины  $\leq 65$  лет)

Раннее развитие АГ у больного или у родителей

Ранняя менопауза\*

Малоподвижный образ жизни



Психосоциальные и социально-экономические факторы\*



ЧСС в покое  $> 80$  уд./мин\*



Примечания. Знаком \* отмечены новые факторы риска. ЛПНП – липопротеины низкой плотности.



1 таблетка

Шаг 1.  
Начальная терапия  
(двойная)

**ИАПФ или БРА + АК  
или диуретик**

Рассмотреть  
монотерапию у больных  
с низким риском

1 таблетка

2 таблетки

Таблица 3. Специфические факторы риска у больных АГ (ESH/ESC, 2018)

Пол (мужчины > женщины)
Возраст
Курение в настоящий момент и в анамнезе
Общий холестерин и холестерин ЛПНП
Уровень мочевой кислоты*
СД
Ожирение либо избыточный вес
Раннее развитие СС заболеваний (мужчины ≤55 лет, женщины ≤65 лет)
Раннее развитие АГ у больного или у родителей
Ранняя менопауза*
Малоподвижный образ жизни
Психосоциальные и социально-экономические факторы*
ЧСС в покое >80 уд./мин*



Примечания. Знаком \* отмечены новые факторы риска. ЛПНП – липопротеины низкой плотности.

### β-блокаторы

Рассматривается применение на любом этапе при наличии специальных показаний (сердечная недостаточность, стенокардия, перенесенный инфаркт миокарда, фибрилляция предсердий, у молодых женщин, беременных или планирующих беременность)

## Стратегия фармакотерапии у больных с неосложненной АГ (ESH/ESC, 2018)

Примечания. ИАПФ – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента; БРА – блокаторы рецепторов ангиотензина; АК – антагонисты кальция.

# Престилол®

Бисопролол 5 мг

Бисопролол 10 мг

+

Периндоприл  
5 мг

+

Периндоприл  
10 мг

+

Периндоприл  
10 мг



5 мг/5 мг

5 мг/10 мг

10 мг/10 мг

*Дважды таблетки*

2,5 мг/2,5 мг

2,5 мг/5 мг

**1** таблетка  
в день

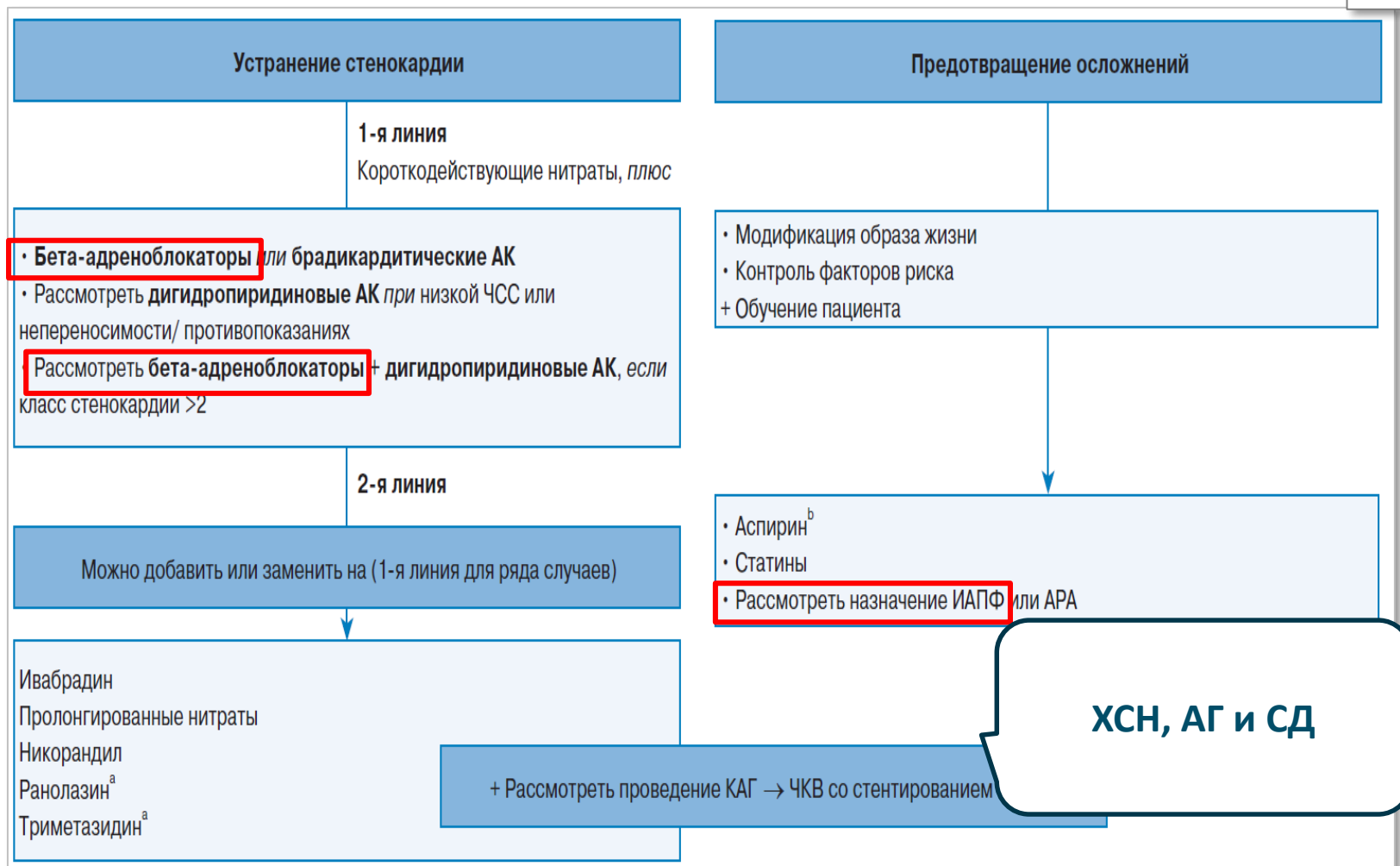


Показания к применению:

- артериальная гипертензия
- стабильная ишемическая болезнь сердца
- стабильная хроническая сердечная недостаточность



# Медикаментозная терапия у пациентов со стабильной ИБС



# Алтайский краевой кардиологический диспансер

## Выписной эпикриз

### Кардиологическое отделение №1(ХИБС)

ФИО.И

Дата поступления

13.02.17г

Дата выписки

22.02.17г

Владимирович

Возраст: 63 года

№ истории

Диагноз при выписке: I 20.8

**Основной:** ИБС: стенокардия напряжения III ф кл. Постинфарктный кардиосклероз (1998 г). Атеросклероз коронарных артерий. АКШ ПМЖА, ПКА(27.05.03 г). Стентирование шунта к ПКА(20.01.2015 г) . АКШ на ПМЖА- окклюзирован в проксимальном анастомозе. АКШ на ПКА- стеноз в дистальном отделе шунта-90 %. Постоянная форма фибрилляции предсердий. ХСН I ст. (2 ф.кл.).

Гипертоническая болезнь III стадия, III степень, риск 4. Гипертрофия левого желудочка. ИММ ЛЖ 134 г/м<sup>2</sup>

Дислипидемия.

**Сопутствующий:**

Ожирение I ст. (ИМТ 31)

### Рекомендации:

- 1 Наблюдение кардиолога (терапевта) по месту жительства
2. Диета с ограничением соли до 5 г/сутки, животных жиров.
3. Трудоспособность - имеет III гр. инв.
4. Продолжить прием препаратов, с коррекцией доз при необходимости, це  
-бисопролол 7.5 мг утро (контроль ЧСС, ЭКГ)  
-амлодипин 10 мг\вечер  
-варфарин 5 мг в 17.00 контроль МНО 27.02.17 при целевом МНО(2-3) контроль 1 раз в мес  
-изосорбида мононитрат 50 мг утро  
-рампиприл 2.5 мг\вечер(контроль электролитов , креатинина 1 р в 2 нед)  
-аторвастатин 80 мг во время ужина( контроль липидограммы ч/з 1 мес при сохранении нецелевых значений добавить к лечению эзетимиб).(целевые значения холестерина < 4,0мм/л, ХСЛНП<1,8мм/л, ТГ<1,7мм/л).
5. Амбулаторно контроль билирубина, АСТ, АЛТ, фибриногена
6. Консультация эндокринолога амбулаторно(гипергликемия натощак)
7. Направлен в Ф.Ц. на реАКШ



# Алтайский краевой кардиологический диспансер

## Выписной эпикриз

### Кардиологическое отделение №1(ХИБС)

ФИО.И

Дата поступления

13.02.17г

Дата выписки

22.02.17г

Владимирович

Возраст: 63 года

№ истории

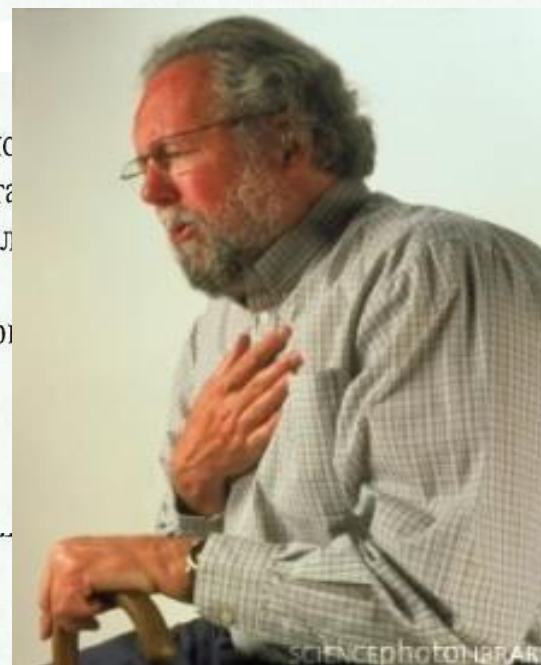
Диагноз при выписке: I 20.8

**Основной:** ИБС: стенокардия напряжения III ф кл. Постинфарктный кардиосклероз коронарных артерий. АКШ ПМЖА, ПКА(27.05.03 г). Стентирование шунта ПМЖА- артерия окклюзирован в проксимальном анастомозе. АКШ на ПКА- стеноз в дистальной части. форма фибрилляции предсердий. ХСН I ст. (2 ф.кл.).

Гипертоническая болезнь III стадия, III степень, риск 4. Гипертрофия левого желудочка. Дислипидемия.

**Сопутствующий:**

Ожирение I ст. (ИМТ 31)



СА-  
ая

#### Рекомендации:

1 Наблюдение кардиолога (терапевта) по месту жительства

2. Диета с ограничением соли до 5 г/сутки, животных жиров.

3. Трудоспособность - имеет III гр. инв.

4. Продолжить прием препаратов, с коррекцией

-бисопролол 7.5 мг утро (контроль ЧСС, ЭКГ) + периндоприл = престилол

-амлодипин 10 мг/вечер

-варфарин 5 мг в 17.00 контроль МНО 27.02.17 при целевом МНО(2-3) контроль 1 раз в мес

-изосорбида мононитрат 50 мг утро

-аторвастатин 80 мг во время ужина( контроль липидограммы ч/з 1 мес при сохранении нецелевых значений добавить к лечению эзетимиб).(целевые значения холестерина < 4,0мм/л, ХСЛНП<1,8мм/л, ТГ<1,7мм/л).

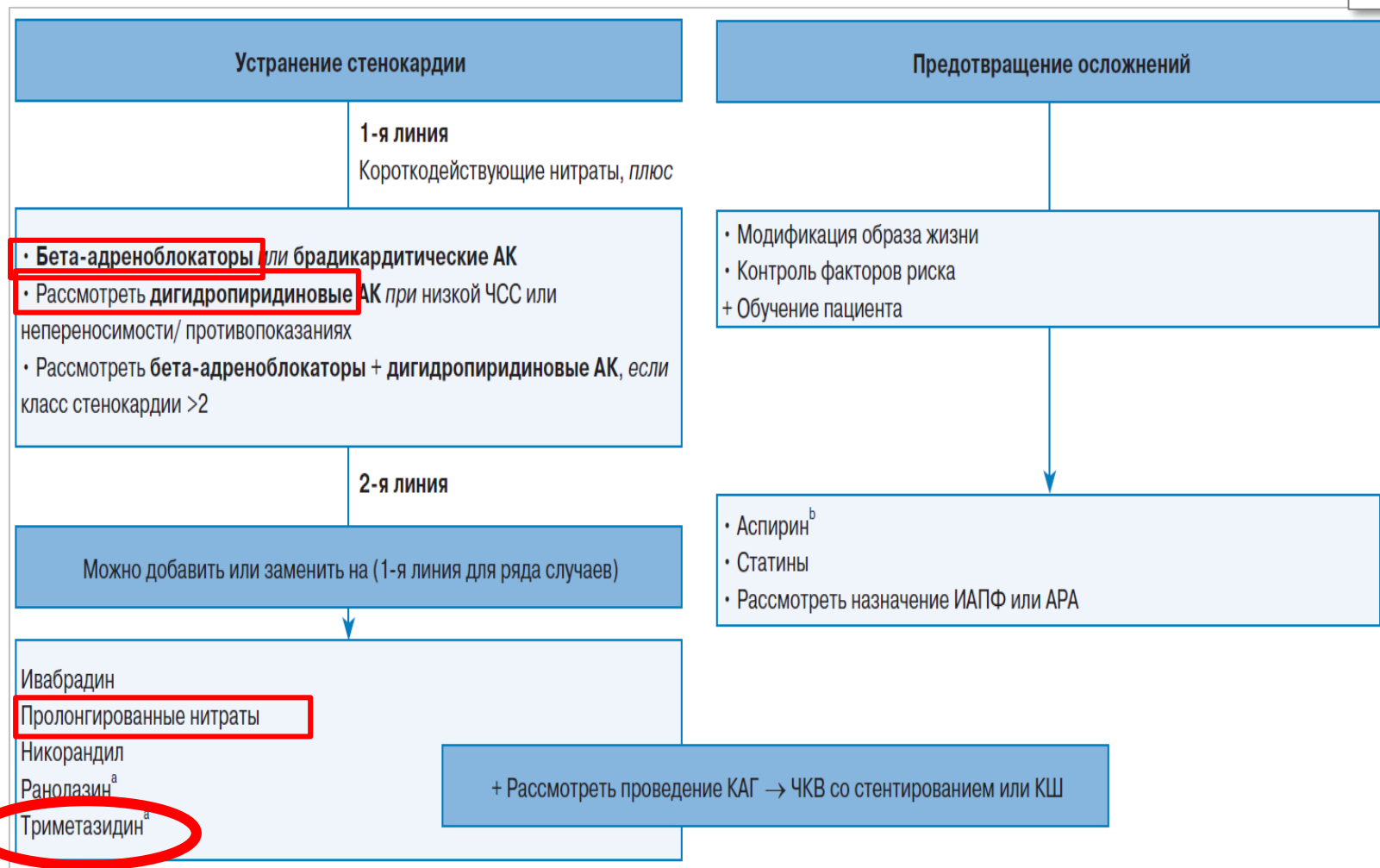
5. Амбулаторно контроль билирубина, АСТ, АЛТ, фибриногена

6. Консультация эндокринолога амбулаторно(гипергликемия натощак)

7. Направлен в Ф.Ц. на реАКШ

АД менее 140/90 мм.рт.ст:

# Медикаментозная терапия у пациентов со стабильной ИБС



  
 МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
 РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**РЕГИСТРАЦИОННОЕ УДОСТОВЕРЕНИЕ**  
 лекарственного препарата для медицинского применения

Номер регистрационного удостоверения:	ЛП-003410
Дата регистрации:	13.01.2016
Дата переоформления регистрационного удостоверения:	выдано впервые
Регистрационное удостоверение выдано:	со сроком действия 5 лет
Наименование и адрес держателя или владельца регистрационного удостоверения лекарственного препарата:	Закрытое акционерное общество "Сервье" (ЗАО "Сервье"), Россия 115054, г. Москва, Павелецкая площадь, д. 2, стр. 3
Торговое наименование лекарственного препарата:	<b>Предуктал® ОД</b>
Международное непатентованное, или группировочное, или химическое наименование лекарственного препарата:	Триметазидин
Лекарственная форма, дозировка (-и):	капсулы с пролонгированным высвобождением, 80 мг
<b>Состав лекарственного средства (качественный и количественный состав действующих и вспомогательных веществ):</b> гранулы, со слоем триметазидина дигидрохлорида, покрытые пленочной оболочкой [триметазидина дигидрохлорид 80,00 мг, вспомогательные вещества (сахарные сферы 710-850 мкм [сахароза не более 92% (в пересчете на сухое вещество), кукурузный крахмал, может содержать продукты гидролиза крахмала и красители] 36,68 мг, гипромеллоза 6,40 мг, оболочка пленочная - этилцеллолоза 8,00 мг, трибутилалцилцитрат 1,20 мг, тальк 12,00 мг, смесь для опудривания гранул - тальк 0,43 мг, магния стеарат 0,14 мг] 144,85 мг, твердая желатиновая капсула №2 [корпус - титана диоксид (E171) 0,732 мг, желатин 35,868 мг, крышка - титана диоксида (E171) 0,122 мг, железа оксид красный (E172) 0,366 мг, желатин 23,912 мг] 61,000 мг, чернила белого цвета [шеллак, титана диоксид, симетикон, пропиленгликоль, аммония гидроксид] приблизительно 0,15 мг	
<b>Формы выпуска (лекарственная форма, дозировка, первичная упаковка, количество лекарственной формы в первичной упаковке, количество первичных упаковок в потребительской упаковке, комплектность):</b>	капсулы с пролонгированным высвобождением, 80 мг (блистер) 10 x 3/6, 9 x 3 (пачка картонная)
Условия отпуска:	По рецепту
Реквизиты нормативной документации:	ЛП-003410-130116

009208



“Длительная терапия стабильной  
 ишемической болезни сердца:  
 профилактика приступов  
 стабильной стенокардии в  
 составе моно- и  
 комбинированной терапии”



# Обоснование

Контроль над  
ишемией и  
стенокардией  
остаётся  
недостаточным<sup>1</sup>

**2/5** пациентов с  
ИБС не имеют  
приверженности<sup>2,3</sup>

Нарушение  
режима лечения  
происходит в **1.5**  
**раза** чаще по  
вечерам<sup>4</sup>

1. Mulcahy D. *The Lancet*. 1988;755-758. 2. Kronish IM et al. *Progress in Cardiovascular diseases*. 2013;55:590-600. 3. Rannanheimo PK, et al. *Value in Health*. 2015;18:896-905. 4. Kardas P. *The American Journal of Cardiology*. 2004;94:213-216.



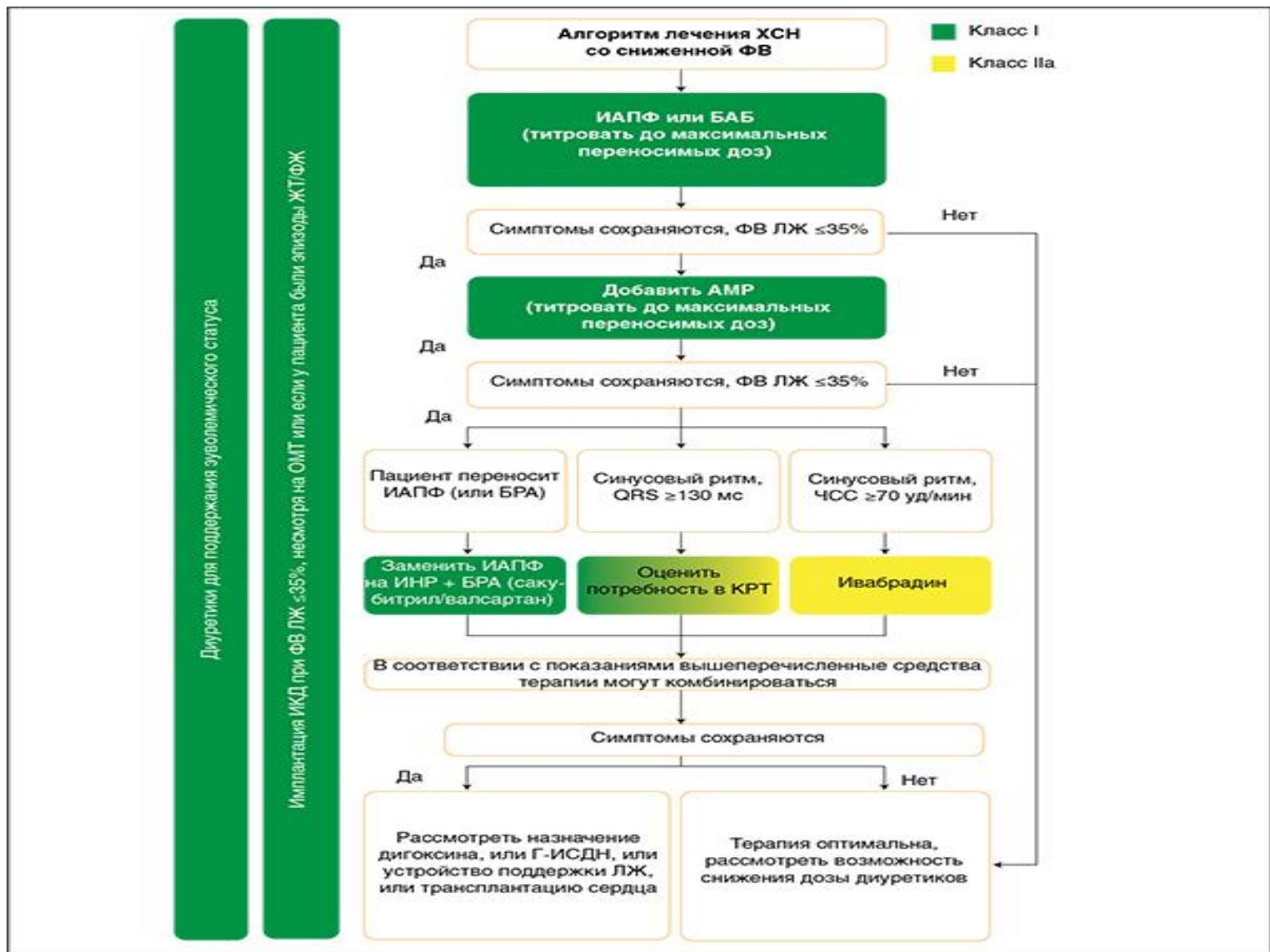
# Почему Предуктал ОД?



## Сравнительная таблица Предуктала ОД 80 мг и остальных триметазидинов

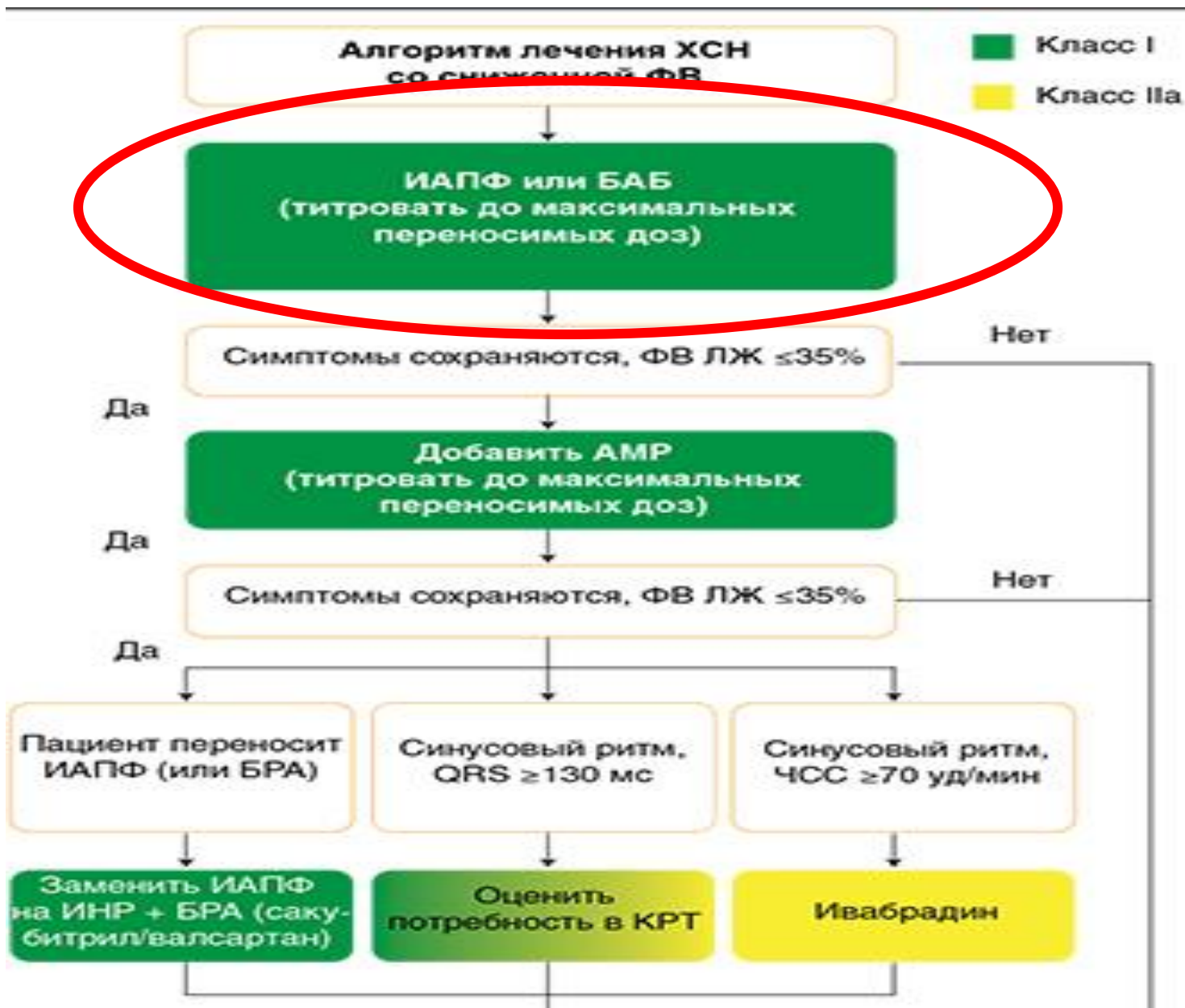
	Активное вещество	Лекарственная форма	Фармакологическая группа	Фармакокинетика		Режим дозирования	Срок годности
				T(max)	T(1/2)		
<b>Предуктал ОД</b>	Триметазидина <u>дигидрохлорид</u> <b>80 мг</b>	<b>Твердые капсулы</b>	<b>Анти-ангинальное средство</b>	<b>14 часов</b>	7 часов, у пациентов старше 65 лет — около 12 ч	<b>1 раз в день</b>	<b>3 года</b>
<b>Предизин</b>	триметазидина <u>дигидрохлорид</u> 35 мг	Таблетки пролонгированного действия, покрытые пленочной оболочкой	Анти-гипоксантное средство	5 часов	7 часов, у пациентов старше 65 лет — около 12 ч	2 раза в день	2 года
<b>Депренорм МВ</b>	триметазидина <u>дигидрохлорид</u> 35 мг	Таблетки пролонгированного действия, покрытые пленочной оболочкой	Анти-гипоксантное средство	5 часов	7 часов, у пациентов старше 65 лет — около 12 ч	2 раза в день	2 года
<b>Тримектал МВ</b>	триметазидина <u>дигидрохлорид</u> 35 мг	Таблетки с модифицированным высвобождением, покрытые пленочной оболочкой	Анти-гипоксантное средство	5 часов	7 часов, у пациентов старше 65 лет — около 12 ч	2 раза в день	3 года
<b>Антистен МВ</b>	триметазидина <u>дигидрохлорид</u> 35 мг	Таблетки пролонгированного действия, покрытые пленочной оболочкой	Анти-гипоксантное средство	3-5 часов	7 часов, у пациентов старше 65 лет — около 12 ч	2 раза в день	3 года





**Алгоритм лечения пациентов с ХСН и сниженной ФВ ЛЖ согласно рекомендациям ЕОК 2016 года**

Примечания: БРА – блокатор рецепторов ангиотензина II; Г-ИСДН – гидралазин + изосорбида динитрат; ИНР – ингибитор неприлизиновых рецепторов; ИКД – имплантируемый кардиовертер-дефибриллятор; ОМТ – оптимальная медикаментозная терапия; КРТ – кардиоресинхронизирующая терапия; ЖТ – желудочковая тахикардия; ФЖ – фибрилляция желудочков.



## Фармакологическое лечение пациентов

с симптоматической СН-нФВ (II-IV класс по NYHA)

### для снижения риска госпитализации и смерти

Рекомендации	Класс	Уровень
иАПФ (или БРА в случае непереносимости иАПФ ) рекомендованы в дополнение к ББ у симптоматических пациентов с СН-нФВ для снижения риска госпитализации и смерти.	I	A
ББ рекомендованы в дополнение к иАПФ у пациентов со стабильной, симптоматической СН-нФВ для снижения риска госпитализации и смерти.	I	A
АРМ рекомендованы пациентам с СН-нФВ, которые остаются с симптоматикой, несмотря на лечение ББ и иАПФ, для снижения риска госпитализации и смерти.	I	A

Патофизиология

Сердечной недостаточности





О С М О Т Р: Без изменений;

Д И А Г Н О З:

ИБС: Постинфарктный кардиосклероз (18.02.2018г). Постинфарктный ДМЖП. Атеросклероз коронарных артерий: многососудистое поражение. Маммарокоронарное шунтирование ПНА, аортокоронарное шунтирование ЗМЖА, пластика ДМЖП (20.06.2018г). Реканализация ДМЖП. Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий. Редкая наджелудочковая экстрасистолия. ХСН 2А, ФК 2.

Гипертоническая болезнь 3 стадии, риск 4.

Атеросклероз аорты с небольшим расширением основания и восходящего отдела (43 мм).

Атеросклероз БЦА: нестабильная АСБ левой ВСА до 35%. Эндартерэктомия слева (29.06.2018г).

РЕКОМЕНДАЦИИ:

1. Наблюдение в поликлинике по месту жительства.

2. Диета №10 с ограничением соли, жидкости, животных жиров, витамина К.

3. Контроль А/Д: целевое А/Д не более 140/90 мм.рт.ст.

4. Контроль ЧСС 55-65 ударов в минуту.

5. На регулярный приём под контролем А/Д, ЧСС:

- Клопидогрел 75 мг x 1 раз в день, утро - до 18.02.2019г;

- Бисопролол 5 мг x 1 раз в день, утро;

- Периндоприл 8 мг x 1 раз в день, вечер;

- Спиринолактон 25 мг x 1 раз в день, утро; контроль калия крови 1 раз в 4 месяца по месту



# CIBIS II: у больных ХСН снижение риска смерти отмечено для всех доз бисопролола



Как и в случае с иАПФ, необходимо помнить, что у каждого больного своя **оптимальная дозировка  $\beta$ -АБ**, которая определяется снижением ЧСС до уровня **<70 уд / мин.**

Только снижение **ЧСС**, а не доза  $\beta$ -АБ и не исходная ЧСС определяет **эффективность лечения.**

На каждые 5 ударов снижения ЧСС достигается **18 %** снижения риска смерти больных ХСН

- **Отказ от назначения иАПФ больным с низкой и промежуточной ФВ ЛЖ не может считаться оправданным при уровне САД >85 мм рт.ст. и ведёт к повышению риска смерти больных с ХСН (класс рекомендаций Ia уровень доказанности A).**
- **ИАПФ необходимо титровать до максимально переносимой дозы для достижения адекватного торможения РААС.**



# ПРЕСТИЛОЛ, 2 препарата доказанно действующих на основу ССЗ

**бисопролола**  
фумарат <sup>1-4</sup>



**периндоприла**  
аригинин<sup>1,7,8</sup>

Ингибция рецепторов  $\beta$ 1  
Кардиоселективность

Отсутствие внутренней симпатомиметической  
активности

Отсутствие изменений метаболизма холестерина<sup>5</sup>  
и глюкозы<sup>6</sup>

Длительный период полувыведения из плазмы:  
24-часовая эффективность

Снижение уровня ангиотензина II  
Увеличение доступности  
брадикинина  
Тканевая селективность  
24-часовая эффективность

**Кардиопротекция**

**Контроль АД**

**Комплаенс**



Ишемическая  
болезнь  
сердца

Гипертоническая  
болезнь

Хроническая  
сердечная  
недостаточность

**ПРЕСТИЛОЛ®**

**Действуя на основу ССЗ**